VIII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI POLITYKI SENIORALNEJ (NR 27)**

z dnia 30 listopada 2016 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 27)

30 listopada 2016 r.

Komisja, obradująca pod przewodnictwem poseł **Małgorzaty Zwiercan (WiS)**, przewodniczącej Komisji, wysłuchała:

– informacji Ministra Zdrowia na temat profilaktyki zdrowotnej osób starszych;

– informacji Ministra Zdrowia na temat chorób cywilizacyjnych wieku podeszłego;

– informacji Ministra Zdrowia na temat wielkich problemów geriatrycznych. Dostępność do opieki specjalistycznej.

W posiedzeniu udział wzięli: **Jarosław Pinkas** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Stefan Kołucki** dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny Pracy i Polityki Społecznej, **Joanna Celińska** główny specjalista w Departamencie Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli, **Tomasz Kostka** Krajowy Konsultant w Dziedzinie Geriatrii, **Zbigniew Tomczak** przewodniczący i **Mirosława Wojciechowska-Szepczyńska** członek Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, **Elżbieta Ostrowska** przewodnicząca Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów, **Lech Karpowicz** prezes Towarzystwa Wspierania Chorych na Idiopatyczne Włóknienie Płuc, **Anna Jakrzewska-Sabińska** dyrektor medyczny Domu Pomocy Geriatrycznej, **Rafał Baczyński-Sielaczek** dyrektor Przedsiębiorstwa Współpracy w Krajowym Instytucie Gospodarki Senioralnej, **Halina Stachura-Olejniczak** radca Wojewody Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie, **Barbara Potocka** kierownik Oddziału Statystyki Medycznej i Programów Zdrowotnych Wydziału Zdrowia Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, **Dominik Olejniczak** adiunkt WUM, **Bogdan Szurmak** przewodniczący Rady Seniorów Dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy, **Iwona Kałaska, Urszula Bukato-Rojek** i **Barbara Szymańska** członkinie Rady Seniorów Dzielnicy Bemowo, **Alicja Raczyńska i Józef Roszczyk** członkowie Rady Seniorów Dzielnicy Wilanów, **Teresa Bojanowicz** prezes Wawerskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku, **Zbigniew Juszkiewicz i Anna Dawidowicz** przedstawiciele UTW przy Centrum Kształcenia Podyplomowego, **Grażyna Andziak-Zimińska** słuchaczka UTW, **Teresa Bogucka-Szczęsnowicz, Jerzy Domżalski i Maciej Linke** słuchacze UTW Ursus, **Stanisław Trzmiel** słuchacz Grochowskiego UTW, **Tomasz Uchman** redaktor „Głosu Seniora”, **Katarzyna Wieczorowska-Tobis** i **Rafał Sapuła** – stali doradcy Komisji oraz **Dominika Górnicka** – asystentka przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska i Anna Czechowska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dzień dobry państwu. Otwieram 27. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej. Stwierdzam przyjęcie protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji. Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum. Witam panie i panów posłów, a także wszystkich pozostałych gości. Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje; informację Ministra Zdrowia na temat profilaktyki zdrowotnej osób starszych; informację Ministra Zdrowia na temat chorób cywilizacyjnych wieku podeszłego; informację Ministra Zdrowia na temat wielkich problemów geriatrycznych. Dostępność do opieki specjalistycznej. Czy są pytania do porządku dziennego? Nie słyszę. Stwierdzam zatem przyjęcie porządku dziennego. Przystępujemy do jego realizacji. Proszę o zabranie głosu pana ministra Jarosława Pin-

kasa o przedstawienie informacji. Chciałabym, żeby najpierw omówić wszystkie trzy tematy, a potem przystąpimy do zadawania pytań. Pan minister będzie nas musiał opuścić w trakcie posiedzenia, za co przeprasza, ze względu na to, że jest międzynarodowa konferencja na temat AIDS. W imieniu pana również państwa przepraszam, ale godnie będzie pana ministra reprezentował jego zespół. Bardzo proszę, panie ministrze o przedstawienie informacji.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Jarosław Pinkas:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Panie i panowie posłowie, szanowni państwo. Ta informacja jest dość obszerna, będę próbował ją nieco zmniejszać, ale oczywiście nie będę zmniejszał wkładu merytorycznego. Szanowni państwo, zachodzący w Polsce proces starzenia się ludności jest w pewnym stopniu wynikiem korzystnego zjawiska, jakim jest wydłużenie trwania życia. Dodatkowo jest on pogłębiany niskim poziomem dzietności.

Tutaj chcę zrobić drobny wtręt. Chcę powiedzieć, że mamy wreszcie w ciągu ostatnich czterech miesięcy zatrzymanie depopulacji: 35 tys. urodzeń wrzesień do września i 30 tys. zgonów wrzesień do września (jest ich mniej o 1,6%), to jest czwarty miesiąc dobrej zmiany. I to jest coś nadzwyczajnego. Chce się żyć.

Proszę państwa, w końcu 2015 r. liczba ludności Polski wynosiła 38,4 mln, w tym ponad 8,8 mln stanowiły osoby w wieku 60 lat, czyli blisko 23%. Ze starzeniem się najbardziej związane są choroby układu sercowo-naczyniowego. W 2014 roku spośród ogólnej liczby zgonów spowodowanych chorobami układu sercowo-naczyniowego ponad 90% dotyczyło osób w wieku co najmniej 60 lat. Drugą najczęstszą przyczyną zgonów są nowotwory, w tym nowotwory złośliwe. Ich udział wśród przyczyn umieralności rośnie – zarówno w całej populacji, jak i w grupie osób starszych. Ale żyjemy dłużej, to jest w pewien sposób naturalne. W 2014 r. odsetek ludzi starszych zmarłych w wyniku nowotworów wyniósł 25%. Inne przyczyny zgonów osób starszych to: cukrzyca, zapalenie płuc, choroby układu moczowo-płciowego (w tym zapalenie nerek), choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy oraz przewlekła choroba wątroby.

Struktura i częstość zgonów jest zróżnicowana według płci – zarówno dla całej populacji, jak i dla grupy osób w wieku 60 lat i więcej. Umieralność wśród mężczyzn jest zdecydowanie wyższa niż wśród kobiet i proces ten nasila się wraz ze wzrostem wieku. Wśród kobiet częstą przyczyną zgonu są choroby układu sercowo-naczyniowego, a mężczyźni częściej niż kobiety umierają na skutek nowotworów złośliwych.

Profilaktyka zdrowotna u osób starszych. Dla stanu zdrowia osób starszych i jakości życia ogromne znaczenie mają działania dotyczące profilaktyki zdrowotnej. Dla przedłużenia czasu życia w zdrowiu niezbędne jest wdrożenie właściwych działań profilaktycznych odpowiednio wcześnie, w trakcie całego życia. Najlepszym sposobem opóźniania momentu (i zmniejszenia liczby) hospitalizacji, pojawiających się wraz z chorobami typowymi dla wieku podeszłego, jest ograniczanie przedwczesnej niepełnosprawności dzięki programom profilaktycznym w tym zakresie: profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego (wykrywanie i leczenie czynników ryzyka np. miażdżycy), profilaktyki i wczesnego rozpoznawania nowotworów (np. sutka, płuca, prostaty), profilaktyki i rozpoznawania osteoporozy, profilaktyki następstw przedwczesnej menopauzy i andropauzy.

Znaczący udział w profilaktyce niepełnosprawności osób starszych mają mieć programy wczesnego wykrywania otępienia, depresji i cukrzycy. Właściwa diagnoza w połączeniu z leczeniem i z rehabilitacją ograniczają w wielu przypadkach potrzebę pomocy instytucjonalnej i umożliwiają powrót chorego do środowiska. Wczesna diagnostyka zagrożeń zdrowotnych i ich profilaktyka to model polityki zdrowotnej, który powinny realizować instytucje płatnika reprezentujące ubezpieczonych.

Kwestia działań profilaktycznych została priorytetowo potraktowana w bieżących działaniach Ministerstwa Zdrowia. Jednym z celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, przyjętego rozporządzeniem Rady Ministrów z 4 sierpnia 2016 r. jest Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się. Cel ten obejmuje następujące zagadnienia: po pierwsze – prowadzenie polityki senioralnej ukierunkowanej na jak najdłuższą aktywność społeczną, zawodową i rodzinną osób starszych (m.in. tworzenie przyjaznej seniorom przestrzeni publicznej, wspieranie form aktywności oraz wspieranie

innych zachowań prozdrowotnych wśród osób starszych, a także niwelowanie skutków ubóstwa); po drugie – dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych (m.in. zapewnienie odpowiedniego poziomu i zakresu świadczeń, rozwój usług zdrowotnych dedykowanych tej grupie z uwzględnieniem wielochorobowości i niepełnosprawności charakterystycznej dla osób starszych), a także dostarczenie i doskonalenie świadczeń opieki zdrowotnej zawierających komponenty edukacyjne, opracowanie i wdrożenie bilansu zdrowotnego sześćdziesięciolatka, zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej ukierunkowanych na wczesne wykrywanie powszechnie występujących u osób starszych schorzeń i zapobieganie powstawaniu tzw. wielkich zespołów geriatrycznych, rozwój usług i ośrodków geriatrycznych, wprowadzenie elementów geriatrii do praktyki lekarzy i pielęgniarek, rozwój podstawowej opieki zdrowotnej, rozwijanie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych i rehabilitacyjnych dostosowanych do potrzeb zdrowotnych osób niesamodzielnych, a także profilaktyka upadków u starszych.

Działania edukacyjne, które są w tym programie, to m.in. szkolenie kadr medycznych, w zakresie problematyki geriatrycznej, gerontologicznej oraz kompleksowej opieki nad osobami starszymi, a także wczesnego wykrywania chorób charakterystycznych dla wieku podeszłego w zakresie potrzeb i uwarunkowań dietetycznych, szkolenia pracodawców w zakresie tworzenia i realizacji programów zarządzania zdrowiem starzejących się pracowników, poprawa przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów. Dalej prowadzenie działalności naukowo-badawczej i współpracy międzynarodowej związanej ze zdrowiem osób starszych (m.in. analiza danych dotyczących stanu zdrowia, poziomu opieki zdrowotnej i świadczeń zdrowotnych, tworzenie innowacyjnych rozwiązań dotyczących farmakoterapii).

Ważnym aspektem wsparcia profilaktyki zdrowotnej u osób starszych jest działalność lecznictwa uzdrowiskowego. Polska posiada 45 statutowych uzdrowisk, rozmieszczonych na terenie całego kraju w 13 województwach.

Kolejny element – choroby cywilizacyjne wieku podeszłego. Choroby cywilizacyjne to jeden z największych obecnie problemów zdrowotnych we wszystkich społeczeństwach państw wysoko rozwiniętych i krajach szybko rozwijających się. Problem ten dotyczy również osób starszych. Świadczenia opieki zdrowotnej, obejmujące swoim zakresem leczenie chorób cywilizacyjnych, udzielane są w ramach świadczeń gwarantowanych przez podmioty, które zawarły umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Według danych NFZ osoby powyżej 65 r. życia w Polsce obejmowane były przede wszystkim ambulatoryjną opieką specjalistyczną (około 4,3 mln świadczeniobiorców), w dalszej kolejności leczeniem szpitalnym (około 1,2 mln osób) oraz opieką psychiatryczną i leczeniem uzależnień (niemal 270 tys. osób).

Najczęstszymi chorobami cywilizacyjnymi dotykającymi osoby z tej grupy wiekowej, powodującymi udzielanie świadczeń zdrowotnych, są: choroby układu sercowo-naczyniowego, choroby nowotworowe, cukrzyca, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, osteoporoza, choroby psychiatryczne i uzależnienia. Według Eurostatu, w Polsce pod koniec 2014 r. blisko co druga osoba w wieku 60 lat i więcej została zaliczona do populacji osób niepełnosprawnych biologicznie. Częstość występowania niepełnosprawności biologicznej rośnie znacząco po ukończeniu 70. roku życia.

Najczęstszą przyczyną hospitalizacji z ogółu przyczyn leczenia szpitalnego są choroby układu sercowo-naczyniowego. Są one również główną przyczyną zgonu osób starszych. W badaniach PolSenior w latach 2007-2010 oszacowano rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego w populacji osób w wieku 65 lat i więcej blisko w 76%, udary mózgu przebyło blisko 8% respondentów badania. Zanotowano wzrastającą tendencję występowania udaru wraz z wiekiem. Osoby po przebytym udarze często zgłaszały większą niepełnosprawność, 53% osób zadeklarowało dolegliwości utrudniające funkcjonowanie.

Kolejnym problemem zdrowotnym, którego ryzyko narasta wraz z wiekiem, są choroby nowotworowe. W badaniu PolSenior częstość zgłaszania choroby nowotworowej była istotnie najwyższa w przedziale 60-89 lat. Kobiety z tego przedziału wiekowego najczęściej chorowały na raka piersi, raka jelita grubego i szyjki macicy oraz trzonu

macicy. U mężczyzn najczęściej był rak prostaty i jelita grubego oraz nowotwory skóry, a także rak płuca, żołądka i wargi, tytoniozależne oczywiście.

Przyczyny zewnętrzne stanowią trzecią co do ważności przyczynę zgonu ogółem. Szczególnie u mężczyzn w starszym wieku jest to istotna przyczyna zgonu.

Za sprawą pogorszenia funkcjonalności osób w wieku podeszłym częściej dochodzi do upadków i urazów, które wtórnie również mogą stanowić przyczynę pogorszenia funkcjonalności oraz zwiększenia ryzyka zgonu. Najczęstszym powikłaniem upadku jest złamanie bliższego odcinka kości udowej. W ocenie Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej 11% wszystkich zgonów osób dorosłych jest związanych z cukrzycą. Zaburzenia tolerancji węglowodanów oraz cukrzyca zwiększają ryzyko zawału serca, nagłej śmierci sercowej, udaru mózgu, retinopatii, nefropatii, neuropatii oraz złożonych zmian prowadzących do pojawienia się problemu stopy cukrzycowej. W populacji osób w wieku 65 lat i więcej rozpowszechnienie cukrzycy ocenia się na poziomie 18%, a nowo rozpoznanej cukrzycy na poziomie 4%.

W grupie chorób neurologicznych do najczęstszych problemów zdrowotnych okresu starości zalicza się choroby neurodegeneracyjne – głównie choroby otępienne, choroby układu pozapiramidowego oraz o podłożu naczyniowym, czyli udary. W wyniku badania PolSenior oszacowano, że częstość występowania choroby Parkinsona w populacji seniorów wynosi 2,6%. Wraz z wiekiem wzrasta również ryzyko występowania zaburzeń poznawczych. Zwraca się także uwagę na narastanie wraz z wiekiem problemu depresji, a także kumulację czynników ryzyka w populacji osób w wieku podeszłym. Stopień nasilenia depresji bywa większy w grupie kobiet.

Najczęściej występujące w wieku podeszłym choroby układu sercowo-naczyniowego to przewlekła obturacyjna choroba płuc, dychawica oskrzelowa oraz bezdech senny. Z wiekiem narasta również liczba osób z przewlekłą chorobą nerek z powodu kumulacji czynników ryzyka oraz naturalnego fizjologicznie procesu starzenia. Większość chorych przed rozpoczęciem leczenia nerkozastępczego umiera z przyczyn innych niż choroba układu moczowego, tzn. z powodu choroby wieńcowej, zastoinowej niewydolności serca, cukrzycy, niedokrwistości.

W badaniu PolSenior wykazano, że dominującym problemem endokrynologicznym u respondentów była niedoczynność tarczycy. Wraz z wiekiem obserwowane jest narastanie skali problemu niedokrwistości, szczególnie patologia ta nasila się w populacji mężczyzn. W badaniach epidemiologicznych wykazano, że niedokrwistość wpływa na stan funkcjonalny poprzez zwiększenie ryzyka upadków oraz depresji, gorsze funkcje poznawcze, gorszą sprawność fizyczną i siłę mięśniową.

W wieku starszym często występują również dolegliwości bólowe. Spowodowane są one przede wszystkim chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego, mięśniowego, nerwowego i sercowo-naczyniowego. Ból przewlekły stanowi istotny czynnik determinujący jakość życia, stan psychiczny i sprawność. Tym samym może decydować o stopniu uzależnienia od innych osób oraz ryzyka upadków i innych powikłań.

W odpowiedzi na zwiększenie występowania chorób cywilizacyjnych, również u osób w wieku starszym, zrealizowane zostały i nadal są realizowane programy polityki zdrowotnej w szczególności ukierunkowane na działania profilaktyczne oraz na realizację specjalistycznego leczenia, tzn. program wieloletni na lata 2016-2024 – Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych, kolejny program – Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego w latach 2013 – 2016 (POLKARD), Narodowy program leczenia chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne na lata 2012-2018. Ponadto należy wspomnieć, że jedną z grup docelowych, wskazanych w Programie zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020 jest właśnie grupa osób starszych.

Kolejny, istotny aspekt – wielkie problemy geriatryczne i dostępność opieki specjalistycznej. Wartość umów w zakresie opieki geriatrycznej między 2009 r. a 2015 r. zwiększyła się w sposób istotny, w poradniach geriatrycznych od 1,8 mln zł do ponad 3 mln zł i w oddziałach geriatrycznych od 43,6 mln zł do 86,2 mln zł. Leczenie pacjentów w wieku podeszłym odbywa się również w innych niż geriatria zakresach świadczeń. Grupy moż-

liwe do realizacji w ww. zakresie pokrywają się generalnie z grupami dla zakresu – choroby wewnętrzne.

Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej jest obowiązany do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta, z wyjątkiem oddziałów szpitalnych o profilu pediatrycznym, neonatologicznym oraz położniczo-ginekologicznym, co jest dość oczywiste.

Niezależnie od powyższego, na oddziałach geriatrycznych przeprowadzana jest Całościowa Ocena Geriatryczna (COG). Jej realizacja wynika z zarządzenia prezesa NFZ z 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju – lecznictwo szpitalne. COG jest fundamentalną zasadą postępowania w geriatrii i stanowi interdyscyplinarny proces wielowymiarowej i standaryzowanej oceny poziomu funkcji życiowych, niezbędny do planowania etapów leczenia i opieki.

Zakres procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania wspomnianego świadczenia nie odbiega znacząco od tych realizowanych w ramach porady specjalistycznej. Ocena skalami funkcji poznawczych i emocjonalnych wykonywana jest w zakresie przesiewowej diagnostyki otępienia i depresji szczególnie u osób powyżej 60. roku życia, a zakres badań laboratoryjnych nie różni się znacząco od standardowych badań wykonywanych w trakcie hospitalizacji.

Dostępność do świadczeń opieki specjalistycznej jest wypadkową realnych potrzeb zdrowotnych w różnych obszarach zdrowotnych oraz możliwości ich zrealizowania. Istotnym wyzwaniem w kwestii podaży jest m.in. adekwatna liczba przygotowanych zawodowo kadr medycznych, pielęgniarskich oraz lekarskich, które powinny sprostać wzrastającym oczekiwaniom pielęgnacyjno-leczniczym. Prowadzone są zatem działania mające na celu zwiększenie liczby przedstawicieli kadr medycznych przygotowanych do opieki nad osobami starszymi.

W opiece nad pacjentami starszymi centralne miejsce zajmują pielęgniarki, w szczególności te posiadające przygotowanie specjalistyczne w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, pielęgniarstwa zachowawczego, rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, geriatrycznego oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej lub legitymujące się ukończonym kursem kwalifikacyjnym w odpowiedniej dziedzinie pielęgniarstwa albo kursem specjalistycznym. Uprawnienia zawodowe pielęgniarek i położnych były rozszerzone na podstawie ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Celem tych zmian jest przede wszystkim usprawnienie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej oraz ułatwienie pacjentom, w tym osobom niepełnosprawnym dostępu do świadczeń zdrowotnych w ramach tzw. pakietu kolejkowego i onkologicznego.

Odnosząc się do lekarzy, wskazać należy, że przepisami ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz wydanego na jej podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów został wprowadzony modułowy system specjalizacji lekarskich. W systemie modułowym do szkolenia specjalizacyjnego w dotychczas szczegółowych dziedzinach medycyny (do których zaliczała się także geriatria), mogą przystępować lekarze bez specjalizacji, będący bezpośrednio po stażu podyplomowym. W związku z powyższym, droga do uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie geriatrii uległa skróceniu prawie o dwa lata.

Obecnie na „Liście jednostek organizacyjnych prowadzących specjalizację w dziedzinie geriatrii na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej" figuruje 37 jednostek uprawnionych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie geriatrii, dysponujących 254 miejscami szkoleniowymi w tej dziedzinie. Liczba lekarzy posiadających tytuł specjalisty w zakresie geriatrii wynosi 391, w tym 379 wykonuje zawód (mamy te dane z Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów RP). Ponadto w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie geriatrii jest 192 lekarzy, w tym 139 odbywa szkolenie w systemie

modułowym (to są dane Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego na dzień 9 maja 2016 r.).

W postępowaniu kwalifikacyjnym przeprowadzonym w marcu tego roku Minister Zdrowia przyznał 23 rezydentury w dziedzinie geriatrii, co pokryło 100% zapotrzebowania na rezydentury w tej dziedzinie zgłoszone przez wojewodów, a w terminie 1-31października 2016 r. 25 rezydentur również w 100% uwzględniających zgłoszone przez wojewodów zapotrzebowanie.

Warto zaznaczyć, że mając na celu m.in. uatrakcyjnienie dla lekarzy specjalizacji w niektórych dziedzinach medycyny, Minister Zdrowia począwszy od 2003 r. określa wykaz specjalizacji priorytetowych. Specjalizację w zakresie geriatrii zaliczono do dziedzin priorytetowych zarówno na podstawie dotychczas obowiązujących rozporządzeń, tzn. z dnia 22 grudnia 2003 r. oraz z 21 maja 2009 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe.

Z danych Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych wynika, że na dzień 20 kwietnia 2016 r. w trakcie realizacji było 39 edycji szkoleń specjalizacyjnych w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego (w tym 24 dofinansowane), w których uczestniczyły 1154 pielęgniarki (w tym 600 korzystających z miejsc dofinansowanych) . W celu podniesienia kompetencji kadr medycznych realizowane były projekty dofinansowane ze środków Funduszy Europejskich w latach 2007-2013. Także w Programie Operacyjnym Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020 rozpoczęto realizację projektów wpisujących się w kształtowanie polityki w zakresie kształcenia kadr medycznych udzielających świadczeń zdrowotnych osobom starszym, m.in. projekt przewidujący wsparcie edukacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, pielęgniarstwa onkologicznego oraz projekt mający na celu zwiększenie kwalifikacji zawodowych lekarzy poprzez wsparcie procesu kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinach istotnych z punktu widzenia epidemiologiczno-demograficznego, tj. specjalizacji w dziedzinie geriatrii oraz innych chorób towarzyszących osobom starszym. Inne projekty przewidują dofinansowanie kursów doskonalących lekarzy m.in. w zakresie onkologii i geriatrii, przygotowanie pracowników systemu ochrony zdrowia m.in. fizjoterapeutów, opiekunów medycznych do zachodzących trendów demograficznych, a przede wszystkim zwiększenie liczby osób starszych w społeczeństwie.

W POWER 2015 ogłoszono także konkurs, którego celem było dofinansowanie projektów mających na celu pilotażowe wdrożenie i przetestowanie standardu dziennych domów opieki medycznej. Obecnie podpisano już 53 umowy. W dziennych domach opieki medycznej wsparcie skierowane jest do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 60. roku życia, których stan zdrowia nie pozwala na pozostawienie wyłącznie pod opieką POZ i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymagają ci pacjenci całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym.

W ramach regionalnych programów operacyjnych w latach 2014-2020 realizowane będą projekty mające na celu wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatrii, które będą polegały na przeprowadzeniu niezbędnych z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych robót budowlanych oraz wyposażeniu w sprzęt medyczny jednostek zajmujących się leczeniem osób dorosłych, ukierunkowanych na rozwiązywanie problemów wynikających z przeprowadzonej diagnozy sytuacji demograficzno-epidemiologicznej, oczywiście danego regionu, oraz zdefiniowanych ograniczeń w dostępie do świadczeń zdrowotnych, w tym w zakresie dostosowania infrastruktury dla potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych.

Mając na celu poprawę dostępności i jakości świadczeń, prezes NFZ określił na rok 2016 priorytet ogólnopolski w planowaniu zakupu świadczeń. Ten priorytet to Zwiększenie dostępności do świadczeń dedykowanych osobom starszym (powyżej 60. roku życia) w zakresie geriatrii, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego oraz świadczenia psychogeriatycznego w rodzaju – psychiatria.

Ponadto Minister Zdrowia podjął działania nad wprowadzeniem bezpłatnych produktów leczniczych dla świadczeniobiorców, którzy ukończyli 75. rok życia. Ich celem jest zagwarantowanie obywatelom należytego dostępu do leków skutecznych i bezpiecznych,

przy jednoczesnym zmniejszeniu udziału pacjentów w kosztach leczenia. Ustawa z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw ma przeciwdziałać zjawisku braku dostępności do leków z przyczyn ekonomicznych szczególnie osób, które ukończyły 75. rok życia. Zgodnie z art. 5 ww. ustawy minister ustalił pierwszy wykaz bezpłatnych środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. W pierwszym pełnym roku realizacji projektu (czyli w 2017 r.) na sfinansowanie leków 75+ przeznaczonych zostanie 564 mln zł. Środki przeznaczane na realizację rządowego projektu pochodzą z budżetu państwa i nie uszczupli to funduszy, którymi dysponuje NFZ. Ja to jeszcze raz powtórzę, bo o to pewnie będziemy pytali – proszę państwa, w roku 2017 na leki 75+ przeznaczymy kwotę 564 mln zł.

Obecnie na wykazie bezpłatnych leków dla seniorów znajduje się 1129 leków, które zawierają 68 substancji czynnych. Ministerstwo Zdrowia chce rozszerzać ten wykaz i udostępnić seniorom kolejne leki bez dopłat. W tej sprawie są już prowadzone rozmowy z przedstawicielami przemysłu farmaceutycznego.

Na kanwie obowiązujących regulacji dotyczących nowych kompetencji zawodowych pielęgniarek związanych z ordynacją leków, wypisywaniem recept, zadedykowane zostały rozwiązania z zakresu umożliwienia pielęgniarkom POZ wystawiania recept świadczeniodawcom 75+ na bezpłatne wybrane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne.

W ramach stawiania czoła problemowi starzenia się społeczeństwa i związanych z tym nowych wymagań Minister Zdrowia nadzoruje realizację programów Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych oraz Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu. Te programy są dofinansowane ze środków Funduszy Norweskich w ramach Programu Operacyjnego PL7. Wśród projektów wybranych do dofinansowania realizowane są działania prozdrowotne dedykowane osobom starszym w ramach obszaru wsparcia „Lepsze dostosowanie opieki zdrowotnej w celu sprostania potrzebom szybko rosnącej populacji osób przewlekle chorych i niesamodzielnych oraz osób starszych", w tym m.in: ośrodki teleopieki, tzn. teleporady oraz bezpośrednia pomoc pielęgniarek i innych kadr medycznych na życzenie; dalej zakup sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego dla podmiotów prowadzących działalność leczniczą, w tym także dla ośrodków opieki długoterminowej; kolejny element szkolenie dla pielęgniarek i innych kadr medycznych w zakresie opieki nad osobami starszymi; dalej zajęcia aktywizujące i poprawiające sprawność osób niesamodzielnych.

W ramach PO PL13 dofinansowywanego z Funduszy Norweskich realizowane są poprzez powiatowe… projekty pilotażowe dotyczące programów profilaktycznych oraz działań edukacyjnych, w tym o tematyce zdrowotnej w zakresie wskazanym w konkursie standaryzowanych wskaźników umieralności w kategoriach nowotwory złośliwe, choroby układu sercowo-naczyniowego, choroby układu oddechowego, choroby układu trawiennego, przyczyny zewnętrzne. Wśród tych projektów znajdują się również działania nakierowane na grupę, jaką stanowią osoby starsze.

Jak wynika z powyższego, działania Ministra Zdrowia i NFZ skupiają się na zapewnianiu dostępu do świadczeń medycznych, podnoszeniu kompetencji kadr medycznych, realizacji programów polityki zdrowotnej oraz deinstytucjonalizacji opieki nad osobami starszymi. Starszym osobom chcemy zapewnić dostęp do działań profilaktycznych i dostęp do kompleksowej opieki polegającej przede wszystkim na leczeniu chorób cywilizacyjnych i wielkich zespołów geriatrycznych oraz zwiększeniu dostępu do świadczeń opieki specjalistycznej. Ministerstwo Zdrowia nieustannie podejmuje działania na rzecz doskonalenia systemu opieki zdrowotnej dedykowane osobom starszym.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo panu ministrowi. Przypomnę tematy, które przedstawił pan minister: profilaktyka zdrowotna osób starszych, choroby cywilizacyjne wieku podeszłego, wielkie problemy geriatryczne i dostępność do opieki specjalistycznej. Jeszcze raz ślicznie dziękuję za wyczerpującą informację. Otwieram dyskusję. Czy ktoś z państwa posłów, gości ma pytanie? Bardzo proszę, panie pośle. I proszę o merytoryczne pytania. Dziękuję.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Pani przewodnicząca, panie ministrze, dziękujemy bardzo za ten materiał i za pana wypowiedź przybliżającą nam też działania, które pan minister podejmuje w ramach przygotowania społeczeństwa do zdrowego starzenia się, ale również w zakresie opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku. Na przełomie ubiegłego i obecnego roku byliśmy z panem ministrem Radziwiłłem na seminarium w Najwyższej Izbie Kontroli, gdzie podsumowywano raport Izby, wykonany na zlecenie naszej Komisji w poprzedniej kadencji, raport dotyczący opieki medycznej nad osobami w podeszłym wieku. Musimy powiedzieć, że wyniki nie są dla nas, ogólnie mówiąc, satysfakcjonujące. Raport zawiera też sporo rekomendacji, które powinny być, moim zdaniem, podstawową wytyczną, czy też źródłem, inspiracją poszukiwania optymalnych rozwiązań w zakresie tych dwóch obszarów, z jednej strony przygotowywania się do zdrowego, aktywnego starzenia i jego promocji , z drugiej strony już samej opieki nad osobami w wieku podeszłym w Polsce, która jest oczywiście, można powiedzieć, u progu rewolucji demograficznej.

Jedną z najważniejszych spraw jest oczywiście dalsza praca nad założeniami długofalowej polityki senioralnej i o to bym prosił ministerstwo. Jak państwo wiedzą, poprzedni rząd przyjął te założenia. Ten dokument, sięgający do 2020 r., nie jest materiałem skończonym, naszą ambicją i celem było, aby założenia długofalowej polityki senioralnej przełożyć na konkretny plan, na krajową politykę senioralną, która byłaby realizowana w wielu obszarach. A krajowa polityka senioralna nie może być realizowana bez tego filaru, jakim jest polityka zdrowotna.

Kilka konkretnych propozycji, tutaj też bym prosił pana ministra o odniesienie się i pewnie określenie horyzontu czasowego, kiedy ministerstwo mogłoby się tym zająć. Jedną z rekomendacji raportu NIK jest to, że w poprzednich latach zespół ds. gerontologii, powołany przez ministra, wypracował standardy postępowania w opiece geriatrycznej. To jest gotowy dokument, nasza stała doradczyni pani profesor Wieczorowska-Tobis też nad nim pracowała. Chodzi po prostu o to, żeby standardy nie stały się tylko dokumentem eksperckim, ale były powszechnie obowiązujące. Czy istnieje możliwość, panie ministrze, aby te standardy postępowania w opiece geriatrycznej przybrały postać rozporządzenia, czy też zarządzenia Ministra Zdrowia, aby te wszystkie placówki, których dotyczą te standardy, mogły je realizować?

Drugi temat, o tym pan minister wspomniał konkretnie. NFZ, także na skutek naszych działań, w grudniu 2013 r. wprowadził finansowanie całościowej oceny geriatrycznej w lecznictwie szpitalnym. Wtedy, kiedy było to wprowadzane, my bardzo wyraźnie jako zajmujący się polityką senioralną, prosiliśmy, żeby w kolejnych latach uwzględnić finansowanie COG również w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Czy NFZ planuje finansowanie tejże oceny, która powinna być także, w mojej opinii, przeprowadzana i realizowana właśnie w poradniach geriatrycznych, w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej?

Kolejna rzecz to kwestie związane z chorobą Alzheimera i chorobami otępiennymi. Zainteresowane tym środowiska, w szczególności opiekunowie osób z chorobą Alzheimera i chorobami otępiennymi, apelują od dłuższego czasu o polski program alzheimerowski, taki narodowy program alzheimerowski, który przede wszystkim miałby na celu poprawę sytuacji chorych, ale także ich opiekunów, lepszą organizację pomocy medycznej i opieki nad pacjentem. Są dobre przykłady, m.in. Francja, która bardzo wyraźnie postawiła na ten filar. Potrzebny jest również, w mojej opinii (to będzie się już robić na poziomie poprawek do budżetu), narodowy program chorób mózgu prowadzących do otępienia i chciałbym, żeby kiedyś Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego uruchomiło, bez horyzontu czasowego, program badań nad chorobami mózgu.

Ze spraw, które na pewno się udały, i cieszę się, że pan minister to wspiera i kontynuuje, to są prace Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, bardzo dobra publikacja pt. „Rekomendacje zmian systemowych w opiece nad osobami starszymi", którą z panią przewodniczącą Zwiercan otrzymaliśmy na posiedzeniu rady naukowej.

To są pytania, panie ministrze, i moje uwagi, które chciałem do pana ministra skierować. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Chce pan teraz odpowiedzieć?

Sekretarz stanu w MZ Jarosław Pinkas:

Myślę, że tak.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dobrze. Bardzo proszę.

Sekretarz stanu w MZ Jarosław Pinkas:

Bardzo dziękuję panu posłowi za te pytania. Chcę jeszcze powiedzieć, że dzisiaj jest obecny nie tylko resort zdrowia, odchodzimy od tych nieszczęsnych silosów i prowadzimy politykę wielosektorową. Jest z nami pan dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej MRPiPS i na pierwszą część pytań, mam nadzieję, a nawet pewność, że pan dyrektor odpowie.

Dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny Pracy i Polityki Społecznej Stefan Kołucki:

Dzień dobry państwu. Szanowni państwo, odpowiadając na pytanie pana przewodniczącego, dotyczące założeń długofalowej polityki senioralnej na lata 2014-2020 – rzeczywiście założenia zostały opracowane w roku 2013, ale nadal tylko jako założenia i tak naprawdę nie zostały zoperacjonalizowane. Bieżące działania nad założeniami stanowią oczywiście priorytet polityki senioralnej obecnego rządu. W tym roku została powołana Rada ds. Polityki Senioralnej przy Ministrze Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, która jako priorytet postawiła sobie właśnie zaktualizowanie tego dokumentu, bo założenia są tylko do 2020 r., a zostały opracowane w 2013 r. Powołano też zespół ds. opracowania strategii polityki senioralnej pod przewodnictwem prof. Piotra Szukalskiego. Zespół intensywnie pracuje nad wypracowaniem dokumentu pod nazwą „Polityka społeczna wobec osób starszych, bezpieczeństwo, aktywność, solidarność”, który wyznaczy kierunki polityki społecznej wobec osób starszych do roku 2030. Zostanie on także przełożony na konkretne instrumenty, tak żeby faktycznie był wdrożony.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo panu dyrektorowi. Czy teraz pan minister chce się odnieść? W dyskusji. Dobrze. Poproszę o kolejne pytania. Proszę, pan, i proszę się przedstawiać.

Przewodniczący Rady Seniorów Dzielnicy Mokotów m.st. Warszawy Bogdan Szurmak:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Bogdan Szurmak, przewodniczący Rady Seniorów Dzielnicy Mokotów. Chciałem się odnieść do dostępności do usług na przykładzie autentycznym. Przed dwoma laty miałem dosyć przykry wypadek drogowy – spotkanie z szalonym rowerzystą. Oczywiście „powąchałem” chodnik, którym szedłem, głowa trochę rozbita. Poszedłem do lekarza pierwszego kontaktu. Pani doktor się przestraszyła i dała mi skierowanie do specjalisty. Specjalista dał mi skierowanie na tomografię komputerową. Ochoczo podszedłem do okienka, żeby się zapisać. Usłyszałem – Za półtora roku pan przyjdzie. Zmartwiony odchodzę, ale na odchodnym dostaję karteczkę z wykazem prywatnych instytucji, które świadczą usługi akurat w tym zakresie. Zadzwoniłem do pierwszej firmy z listy i słyszę – Dobrze, proszę pana, za trzy miesiące pan przyjdzie. – Ale gdzie? – Do szpitala bielańskiego. Trzy miesiące to dosyć długo, zadzwoniłem do drugiej firmy z listy, był to Medicover; znam tę firmę, bo mój syn ma tam zapewnioną opiekę medyczną, wiem, w jakich warunkach to wszystko się odbywa. Usłyszałem – Proszę pana, wytrzyma pan trzy tygodnie, czy to jest coś pilnego? Mówię – No, trzy tygodnie wytrzymam. Faktycznie za trzy tygodnie zgłaszam się do Medicovera na Wilanowie, tam jest cały kompleks, jak się okazuje. I w ramach NFZ, proszę państwa, wykonują mi tomografię.

Odnoszę wrażenie, że problem jest nie w pieniądzach, tylko w organizacji. Normalnie funkcjonujące państwowe przychodnie zdrowia dają mi półtora roku na czekanie, a prywatna przychodnia, też w ramach NFZ, w ciągu trzech dni, jakbym poprosił, to też by mi zrobiła to badanie.

Czy ministerstwu jest znany ten problem i czy się próbuje cokolwiek zrobić, żeby umożliwić jednak dostęp do powszechnych państwowych zakładów opiekuńczo-leczniczych? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):
Dziękuję bardzo. Proszę.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:
Dziękuję, pani przewodnicząca. Jerzy Płókarz, Społeczna Krajowa Sieć Ratunkowa. Panie ministrze, pytanie – czy dałoby się w jakiś sposób, nawet doraźnie, zmienić sytuację, która jest obecnie: pacjent zostaje skierowany do specjalisty i do niego się udaje. Specjalista ordynuje lek, znajdujący się na liście leków 75+, co wymaga recepty z „eską". Ale specjalista nie może wypisać tej recepty. W efekcie starszy człowiek z powrotem musi podreptać do lekarza rodzinnego w przychodni, odstać w następnej kolejce wyłącznie po to, żeby lekarz POZ przepisał tę receptę. Zrozumiałe, kiedy to jest powtórzenie leku, ale nie rozumiem… Zadaję to pytanie zarówno w imieniu naszych członków seniorów, jak i członków lekarzy; a od naszego doktora Andrzeja szczególna prośba w dniu dzisiejszym o pozytywne, z okazji imienin, ustosunkowanie się do tej prośby. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):
Dziękuję bardzo. Proszę, pani profesor.

Stały doradca Komisji Katarzyna Wieczorowska-Tobis:
Pani przewodnicząca, szanowni państwo. Nazywam się Katarzyna Wieczorowska-Tobis, jestem geriatrą. Wielokrotnie w poprzedniej kadencji zwracaliśmy się do ministerstwa z zapytaniem o przyszłość geriatrii, zwracając uwagę na to, że deficyt opieki geriatrycznej głownie wynika nie z braku geriatrów w systemie, ale z braku miejsc pracy w systemie dla tych specjalistów. Geriatrzy, którzy kończą specjalizację, w związku z niewielkim kontraktowaniem geriatrii przez NFZ, nie znajdują miejsca pracy w systemie. I raport, o którym wspominał pan poseł Szczerba, wskazał, że na przełomie kadencji tylko 65% geriatrów pracowało w jednostkach geriatrycznych.

Chciałabym zapytać, jak ministerstwo widzi możliwość zmiany sytuacji i wykorzystania tych geriatrów, którzy są przygotowani, którzy są w systemie i często chcieliby prowadzić czy poradnie, czy włączyć się jakoś w oddziały czy pododdziały geriatryczne, ale na obecnym etapie wydaje się, że nie ma dla nich miejsc pracy.

Chciałam też powiedzieć, że w jednostce poznańskiej 11 geriatrów zdało we wtorek egzamin, czyli docieramy do 400 i jesteśmy dumni, że tę czterechsetkę niedługo przekroczymy. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):
Dziękuję bardzo pani. Proszę, pan.

Prezes Towarzystwa Wspierania Chorych na Idiopatyczne Włóknienie Płuc Lech Karpowicz:
Dzień dobry państwu. Moje nazwisko Lech Karpowicz, reprezentuję Towarzystwo Wspierania Chorych na Idiopatyczne Włóknienie Płuc. Zajmę państwu najwyżej trzy, cztery minuty. Co to jest idiopatycznie włóknienie płuc? Jest to choroba rzadka, powiedziałbym bardzo rzadka, dla „wybrańców", mniej więcej dwie osoby na 100 tysięcy osób. Co to znaczy? To znaczy, że około 800 osób rocznie zapada na te chorobę, może nie tyle zapada, ile jest rozpoznanwana ta właśnie choroba. Ponieważ jest to choroba rzadka, leki pomagające chorym są bardzo trudno dostępne. W tej chwili na terenie Unii Europejskiej są zarejestrowane dwa leki. Od pewnego czasu chorzy na tę chorobę walczą, tak to trzeba nazwać, o dostęp do tych leków. Pacjenci, który cierpią na tę chorobę, z reguły są to ludzie starsi, po 55. roku życia. Mediana przeżycia bez leków dla tej grupy, po rozpoznaniu choroby wynosi 3-5 lat. Leki są dostępne w UE, w Polsce niestety są nierefundowane.

Od pewnego czasu Towarzystwo walczy właśnie o to, aby te leki były refundowane. Koszt tych leków jest w granicach 6-9 tys. zł miesięcznie. Mniej więcej po roku ich zażywania rozwój choroby się zatrzymuje – niecałkowicie, ale tak, jak mniej więcej tracimy

400 ml wydajności płuc rocznie, to po lekach tracimy 100 ml wydajności płuc rocznie, czyli przedłuża nam się życie dwa-trzy razy. Walczymy o to od dłuższego czasu. Powiem, że jeden z leków uzyskał pozytywną ocenę Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i udało nam się, nasz przedstawiciel był na tyle przekonujący, oczywiście były jeszcze inne przekonywające fakty, że dyrektor pozytywnie ustosunkował się do naszej prośby. W tej chwili, z tego co wiem, sprawa jest na etapie tzw. Komisji Ekonomicznej. Oczekujemy, że może wreszcie, liczymy na to po tych wszystkich informacjach, które uzyskaliśmy, że od nowego roku, kiedy wchodzi 27 nowych leków, również dla chorób rzadkich, że jeden z nich się znajdzie i dla nas, i będziemy mogli wreszcie korzystać, co, powiedzmy jasno, ratuje nasze życie. Mówię to wprost.

Jeszcze jest jeden temat, szerszy, jeżeli chodzi o choroby rzadkie. Mianowicie 28 lutego tego roku został powołany zespół do opracowania Narodowego Planu Chorób Rzadkich. Plan miał być gotowy do końca listopada. Niestety, nie ma żadnych informacji zarówno w prasie, jak i ze strony ministerstwa, przynajmniej nam się nie udało takiej informacji uzyskać, co się z tym narodowym planem dzieje. Dlaczego o tym mówię? Dlatego, że w tym planie miała być określona dokładna kwota przeznaczona wyłącznie na choroby rzadkie. Wiem, że minister Łanda mówił o zwiększeniu kwoty ze 160 do 190 mln zł na te właśnie choroby. Jeżeli może pan minister coś na ten temat powiedzieć, to z przyjemnością posłucham. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Teraz pani.

Członek Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera Mirosława Wojciechowska-Szepczyńska:

Mirosława Wojciechowska-Szepczyńska, Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, jestem członkiem zarządu. Cieszy mnie parę spraw, które wymienił pan minister, m.in. informacja o programie wczesnego wykrywania otępień. Usłyszałam niewiele szczegółów, ale to jest to, co Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera i inne organizacje zrzeszone w Ogólnopolskim Porozumieniu Organizacji Alzheimerowskich w Polsce podkreślają jako bardzo istotne. Dlaczego jest to tak istotne, może powiem na przykładzie, który znam z innych krajów. Jesteśmy członkiem federacji Alzheimer Europe, byłam ostatnio w Kopenhadze na kolejnym europejskim zjeździe tej organizacji i tam występowali sami chorzy. W Polsce jest to rzadkość, w Polsce uważa się powszechnie, że jeśli kogoś dotknie choroba Alzheimera, to już ten ktoś niczego nie potrafi. Otóż tak nie jest. Chorzy mogą mówić o sobie i powinni wyrażać swoje potrzeby. Jako opiekunowie, to my reprezentujemy w Polsce ich potrzeby, ale to oni powinni mieć prawo takie potrzeby wyrażać. Bardzo będziemy czekać na szczegóły tego programu wczesnego wykrywania otępienia.

Jak państwo wiedzą, szacuje się, że w Polsce ponad 500 tys. osób żyje z otępieniem, często nie zdając sobie z tego sprawy, a w tej liczbie 300 tys. osób ma chorobę Alzheimera, również często nie mając diagnozy.

Korzystając z okazji, chciałam poruszyć jeszcze jeden problem. Opiekunowie i chorzy, którzy docierają do lekarza, którzy mogą mówić o swoich potrzebach, skarżą się na niemożliwość skorzystania z wizyty lekarza specjalisty w domu. To jest problem. Lekarz pierwszego kontaktu odwiedzi chorego z chorobą Alzheimera, ale bardzo trudno jest spowodować, żeby do domu przyszedł specjalista i to specjalista różnych dyscyplin medycznych, ginekolog, neurolog, psychiatra itd. To jest problem, który zgłaszają nam opiekunowie i chorzy. Bardzo bym była wdzięczna, gdyby pan minister mógł powiedzieć, czy lekarze specjaliści mają prawo odwiedzać chorych z chorobą Alzheimera w domu? Dlaczego odmawiają, dlaczego nie chcą na takie wizyty chodzić?

Oczywiście mam jeszcze mnóstwo różnych pytań. Ponawiam apel, który zgłosił pan poseł Michał Szczerba, o Polski Plan Alzheimerowski. Nie ustajemy w wysiłkach, bo nie tylko Francja, kolejne kraje przystępują, Dania jest ostatnim przykładem, na mapie Europy zostaniemy tylko my. Czechy mają taki plan, nie rozumiem, dlaczego Polski na to nie stać. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo pani. Teraz pan doktor, po panu doktorze pan minister odpowie i potem będą jeszcze kolejne pytania. Widzę tam z tyłu osoby, które też chcą zabrać głos.

Stały doradca Komisji Rafał Sapuła:

Rafał Sapuła, stały doradca Komisji. Szanowni państwo, panie ministrze. Mam pytanie dotyczące rehabilitacji oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych, bo połowa osób po 60. roku życia to już są osoby niepełnosprawne, a wraz z wiekiem ta niepełnosprawność się zwiększa. Zostały teraz podjęte, i za to dziękuję, bardzo intensywne działania ze strony MZ oraz NFZ dotyczące rehabilitacji medycznej i uregulowania pewnych kwestii, o których mówiliśmy podczas naszych posiedzeń.

Mam pytanie odnośnie do zakładów opiekuńczo-leczniczych. Na jednym z posiedzeń Komisji debatowaliśmy na temat kwalifikowania zainteresowanych osób, finansowania zakładów opiekuńczo-leczniczych. Czy jakieś działania dotyczące zmian organizacyjnych i finansowych w zakresie tych zakładów są przez ministerstwo prowadzone? Wiem, że jest to bardzo potrzebna formuła opieki dla pacjentów, czas oczekiwania jest bardzo długi i o to chciałbym się zapytać.

Jeszcze mam jedno pytanie dotyczące przyszłego kontraktowania. Może nie jest to związane z dzisiejszym tematem, ale też dotyczy osób starszych – czy wiadomo, kiedy możemy się spodziewać jako środowisko medyczne decyzji na temat kontraktowania usług? W połowie 2017 r. kończą się kontrakty większości podmiotów leczniczych, w związku z tym to pytanie wydaje mi się bardzo zasadne. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo panu. Proszę, panie ministrze.

Sekretarz stanu w MZ Jarosław Pinkas:

Dziękuję bardzo. Może odpowiem w bardzo ogólnej formie na cały pakiet pytań, ale zostawiam merytorystów z różnych departamentów, którzy uszczegółowią to, czego nie dopowiem państwu.

Po pierwsze, wydaje się, że najważniejsze pytanie dotyczy przyszłości geriatrii. Nie powiem, czy ona ma być świetlana, czy nie. Ale robimy wszystko, żeby do systemu weszła znacznie większa liczba lekarzy niż do tej pory. Państwo znają ostatnie dane – 2,2 lekarza na 1000 osób, faktycznie końcówka Europy. Jednak już w tym roku 18% studentów więcej zaczęło studiować medycynę i będziemy ten trend utrzymywać. Oczywiście to będzie dopiero za sześć lat, ale trzeba było zrobić pierwszy krok. Niezwykle cenne jest dla nas to, że rzeczywiście zrealizowaliśmy rezydentury, no i w tym roku ponad 50 osób wejdzie do systemu, wyjdzie oczywiście z tego systemu znakomicie wykształcona, bo nasi geriatrzy są świetnie wykształceni.

Dla nas geriatra to konsultant, powinien być obecny w każdym szpitalu. Ale dla nas geriatrą powinien także być każdy lekarz. Każdy, kto kończy studia medyczne, wydział lekarski, powinien być dobrze przygotowany do pracy, diagnostyki, terapii dość specyficznej, czy też bardzo specyficznej z ludźmi starszymi. Ortopeda także powinien być geriatrą. Ale żeby być dobrym ortopedą geriatrą, trzeba mieć konsultanta geriatrycznego w szpitalu. Bez tego się nie da. W związku z tym mam głębokie przekonanie, że młodzi koledzy, którzy w tej chwili wchodzą do tego bardzo trudnego, odpowiedzialnego zawodu lekarza geriatrii, będą mieli miejsca w szpitalu.

To także jest związane z pytaniem, które zadał pan poseł Szczerba, za co dziękuję. Zmieniamy koszyki, pracujemy nad tym bardzo intensywnie, taryfikujemy także to w inny sposób. Proszę pamiętać o tym, że prowadzimy w tej chwili alokację środków z różnych dyscyplin, które zostały mocno, przepraszam za kolokwializm, przycięte, i te środki są transferowane właśnie do tego obszaru, do rehabilitacji, właśnie do opieki długoterminowej. Mam wrażenie, a nawet pewność, że także tam, gdzie były ekstremalnie źle oszacowane, państwo mogą to ocenić, czyli do wszelkich procedur związanych z leczeniem osób starszych, a szczególnie do geriatrii.

Chcę powiedzieć, że największym marzeniem resortu zdrowia jest doprowadzenie do sytuacji, żeby każdy lekarz w Polsce mógł napisać receptę 75+, ale ono jest w tej chwili nie do zrealizowania. Proszę o tym zapomnieć. Nie mamy systemu informatycznego, nie

mamy indywidualnej karty pacjenta, nie zapisujemy rekordów na indywidualnej karcie. W związku z tym, gdybyśmy dopuścili do tego, że lekarz rodzinny, który ma być przewodnikiem, że specjaliści wypisują te leki bez wiedzy lekarza rodzinnego, który musi także kompilować pewne wydarzenia, doszłoby rzeczywiście do bardzo niekomfortowej sytuacji. Ale także związanej choćby z polipragmazją. Proszę pamiętać o tym, że chodzi się od lekarza do lekarza i musi być jeden lekarz, szczególnie w wypadku osób w wieku podeszłym, w wieku starszym, który kompiluje te wszystkie zdarzenia, który analizuje, czy rzeczywiście nie ma interakcji lekowej. Na sali jest wielu posłów lekarzy i bardzo bym prosił, żeby państwo mnie wsparli, że to nie jest takie bardzo proste. Chciałbym, żeby to było maksymalnie komfortowe, ale to jest możliwe wtedy, kiedy system informatyczny, ale także lekarz zobaczy, że wypisuje lek, który może spowodować istotną, często bardzo groźną interakcję. Nie mówię o tym, bo głęboko wierzę w uczciwość naszego społeczeństwa, że byłoby także chodzenie po lekarzach celem wypisywania różnych leków.

Proszę pamiętać o tym, że wydajemy na to ogromne środki, to jest ponad pół miliarda złotych, to są kwoty niewyobrażalne. One w przyszłym roku będą już bardzo namacalne. Ten projekt był postponowany, uważano, że z tego nie będzie żadnego pożytku, ale to jest najlepszy projekt, jaki mamy. Ludzi bardzo często nie było stać na kupno lekarstw w aptece, w tej chwili ta sytuacja się w istotny sposób polepszyła, mamy już pierwsze dane i wiemy, że ten ruch był po pierwsze oczekiwany, a po drugie naprawdę jest spektakularny – zwiększy poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego, bo ma się dostęp do leków, i przede wszystkim zmniejszy także liczbę hospitalizacji, porad, ponieważ przedtem nie brano leków i później ewentualnie leczono pacjentów dalej poza POZ.

Jeżeli chodzi o choroby otępienne, to rzeczywiście muszę powiedzieć, że pewnie już w następnym roku będziemy znacznie więcej mówić o mózgu. Mamy chociażby bardzo bliską współpracę z Koalicją na rzecz Mózgu, rozszerzenie POLCARDU o choroby związane z niedokrwieniem, z udarami, z lepszą diagnostyką. Myślimy także o tym, żeby wprowadzić bardzo kompleksowy sposób postępowania wobec osób z udarami mózgów. W kilku miejscach Polsce jest to dobrze zrobione, a szczególnie w Krakowie ten projekt jest naprawdę fantastycznie realizowany. Chcielibyśmy to osiągnąć w całej Polsce. Wydaje się, że w przyszłym roku prawdopodobnie to się uda. Nie zapominamy o mózgu; mamy sukcesy w kardiologii, ale tak naprawdę bez mózgu niczego nie ma, więc chyba rzeczywiście musimy – i dziękuję bardzo za kolejne wsparcie – bardziej skoncentrować się na mózgu, co państwu obiecuję. W przyszłym roku pewnie będą pierwsze sukcesy.

Chcę także powiedzieć, że robimy już w tej chwili całą masę konkursów dotyczących Narodowego Programu Zdrowia tego, celu operacyjnego senioralnego. Za chwileczkę, jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, oddam głos panu Poznańskiemu, dyrektorowi Departamentu Zdrowia Publicznego, który szerzej może o tym powiedzieć.

Są także przedstawiciele departamentu polityki lekowej i myślę, że będziemy w stanie odpowiedzieć także panu, jeśli chodzi o kwestię włóknienia płuc. Jest to bardzo dobrze nam znany projekt, ale chcemy go rozwiązać w sposób kompleksowy, bo chorób rzadkich jest cała masa. Nie możemy się skoncentrować wyłącznie na jednej, byłoby to niesprawiedliwe. Projekt jest daleko zaawansowany i merytoryści z departamentu polityki lekowej odpowiedzą państwu na to pytanie.

Jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, ja się niestety muszę odmeldować. Chętnie bym z państwem został, ale taka jest rola ministra, że czasami powinien także być wśród potrzebujących osób. Muszę się niestety w tej chwili pożegnać.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękujemy panu ministrowi. Poproszę o uszczegółowienie informacji pana dyrektora, a potem przekażę głos następnym państwu. Teraz momencik poczekamy, żeby pan minister spokojnie wyszedł. Minutka przerwy, ale nie wychodzimy, zostajemy na miejscu.

Proszę państwa, kontynuujemy dyskusję. Proszę o kolejne pytania. Pani, bardzo proszę.

Prezes Wawerskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku Teresa Bojanowicz:

Teresa Bojanowicz, Wawerski Uniwersytet Trzeciego Wieku. Muszę powiedzieć, że z przyjemnością obserwuję, że kilkuletnia praca Komisji już zaowocowała może nie stuprocentową, to fachowcy mogą ocenić, nie ja, ale solidną diagnozą stanu zdrowot-

nego seniorów. Od kilku lat się o tym mówiło, i w Komisji mówił o tym poseł Szczerba, i to było przedmiotem naszych wspólnych namysłów i dociekań. W większości, jeśli nie we wszystkich UTW, przywiązuje się ogromną wagę do działań prozdrowotnych zarówno w obszarze podnoszenia świadomości zdrowotnej własnej, otoczenia, jak i konkretnych działań na rzecz wdrażania do zdrowego stylu życia.

W przedłożonym przez ministerstwo materiale aspekt fizycznej aktywności, aktywności ruchowej jako konieczny element zachowania sprawności do końca własnych dni jest mocno podkreślany i myślę, że ministerstwo mogłoby wykorzystać UTW jako dobrego sojusznika i współpracownika w kwestii podnoszenia świadomości zdrowotnej. Wszyscy się tym zajmujemy, a ponieważ mamy na co dzień kontakt ze słuchaczami, łatwiej jest nam różne rzeczy sugerować, przeprowadzić w takich formach, które uznajemy za optymalne dla konkretnego środowiska.

W moim uniwersytecie – jest nas 350 osób – blisko 10% to są osoby, które mieszkają albo w jednoosobowych gospodarstwach, są samotne, o stanie zdrowia pewnie lepszym niż przeciętna, bo mimo wszystko dbamy o to, albo mają pod opieką współmałżonków czy kogoś bliskiego, kto już jest niesprawny. W związku z tym postanowiliśmy przybliżyć słuchaczom formę teleopieki. Bardzo interesujący projekt, przygotowany specjalnie dla naszego uniwersytetu, specjalnie, to znaczy z uwzględnieniem finansowych możliwości seniorskich. No i przy tej teleopiece chciałabym się zatrzymać. Dopracowaliśmy się przez te lata nie tylko diagnozy, ale także pojawiło się wiele propozycji pomocy w formie profilaktyki, opieki, pomocy dla ludzi starszych. W obszarze teleopieki wszystko wygląda pięknie do momentu pieniędzy. Najprostszy aparat sygnalizujący, że człowiek potrzebuje pomocy, kosztuje 1700 zł i 100 zł opłata miesięczna. Pozostawię to bez komentarza, państwo się orientują, na co sobie możemy pozwolić.

Muszę powiedzieć, że zirytowana jestem w momencie, kiedy mam ofertę przyzwoitej diagnostyki np. słuchu. Badań, za darmo, jest co niemiara, wszyscy mogą je zrobić. No i dowiedziałam się, napisano mi to w procentach, ile już nie mam słuchu, tylko że taki średni aparat słuchowy – nie trąbka do słuchania – to wydatek 4-5 tysięcy. Aparat słuchowy, żeby był skuteczny, musi być zindywidualizowany. Prawda, fundusz daje 700 zł na aparat na jedno ucho, kto potrzebuje dwóch, dostaje 1400 zł, ale nadal to są za małe pieniądze, żeby można było załatwić ten problem. Wszelkie schorzenia i degeneracja narządów zmysłów wzroku, słuchu, państwo doskonale wiedzą, fatalnie wpływają na psychikę osoby starszej, zaburzają kontakty społeczne, także wewnątrzrodzinne. – Bo wy to wszyscy bełkoczecie, a babcia sobie dopowiada, czego nikt nie powiedział – i konfliktów na tym tle powstaje co niemiara. Chciałoby się nie tyle dożyć 120 lat, bo podobno tyle można, wystarczyłoby żyć tyle, ile się ma tam zapisane, ale żyć przyzwoicie, ze świadomością, że jestem samodzielna, mam kontakt ze światem, jestem aktywna do końca.

Jestem świeżo, bardzo świeżo, bo dzisiejszego przedpołudnia, po próbie znalezienia mniej więcej sensownego terminu na usunięcie zaćmy. No i dostałam termin na czerwiec 2018 r. Poprosiłam więc o wizytę lekarską, bo to jest półtora roku, a niekoniecznie trzeba czekać, aż to zmętnieje, bo są środki (nawiasem mówiąc, dwie serie leków pomocnych przy zaćmie dwa miesiące temu zostały wycofane z rynku. Nie mam o to do nikogo pretensji, tylko bywają takie sytuacje i wtedy choroba postępuje). Mówię – Wobec tego proszę uprzejmie zapisać mnie na wizytę, nie operację, tylko na wizytę. – A to ma pani napisane, to jest ten sam termin, proszę pani.

Te wszystkie terminy można poskracać w tzw. partnerstwie prywatno-publicznym. I rezultat jest taki. Ja też otrzymałam niedwuznaczną propozycję – No to pójdzie pani prywatnie do pana doktora i termin będzie skrócony. Polak potrafi i musi sobie radzić. Jak nie będę miała wyjścia, to pójdę w coś, co moralnie jest, moim zdaniem, mocno dwuznaczne. I teraz proszę sobie wyobrazić, jak to irytuje ludzi starych, bo my nie mamy naskładanych górek pieniędzy, żeby z nich czerpać w takich celach, że masz pieniądze, sprawa załatwiona, nie masz pieniędzy, nikogo nie obchodzisz. I żeby były nie wiadomo jak piękne projekty, proszę nas przekonać, że one są na pewno dla nas. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo pani. Czy ktoś jeszcze z państwa chce zadać pytanie przedstawicielom ministerstw? Mamy przedstawiciela MRPiPR i MZ. Pani poseł, bardzo proszę.

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

Mam pytanie do ministerstwa. Alicja Kaczorowska. Czy prawdą jest, że w ramach budżetu dla lekarzy POZ jest szansa na to, że w każdym POZ może być konsultant geriatra?

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Czy są jeszcze jakieś pytania? Bardzo proszę, pani poseł.

Poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS) – spoza składu Komisji:

Józefa Szczurek-Żelazko. Bardzo się cieszę, że powstaje program opieki senioralnej, opieki zdrowotnej nad seniorami. Tutaj rozpoczynamy od działań profilaktycznych, które są jakże istotne, co wielu państwa podkreślało, mówiąc o randze i znaczeniu wszelkich działań profilaktycznych dla stanu zdrowia seniorów. Bardzo dobrze, że pojawiają się też propozycje opieki nad seniorami w ich środowisku. Myślę, że większość chorób, czy problemów zdrowotnych seniorów można leczyć, czy rozwiązywać w środowisku domowym. Do tej pory system organizacji ochrony zdrowia w tym zakresie, miał wiele niedostatków. O ile możemy mówić, że funkcjonowały oddziały geriatryczne czy poradnie specjalistyczne, dostępne dla seniorów, one w jakimś sensie funkcjonują w naszym systemie, to opieka domowa, środowiskowa praktycznie albo nie istnieje, albo raczkuje. W związku z tym, mam pytanie do przedstawicieli ministerstwa. Wspominał pan minister, że był realizowany ten program DDOM. Moje pytanie brzmi – czy on nadal jest realizowany, czy przewidziane są środki na 2017 r. na realizację tego zadania, czy już zostało to wyczerpane?

Wspominał też pan minister o programie szwajcarskim PL07. Czy ten program również nadal jest realizowany i będzie kontynuowany w kolejnych latach? Czy to były tylko edycje na 2015 i 2016 r.? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani poseł. Proszę, panie doktorze.

Stały doradca Komisji Rafał Sapuła:

Jeszcze raz Rafał Sapuła. Mam pytanie do państwa dyrektorów z MZ dotyczące programu PL07 „Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych". Chodzi mi o ten punkt – Rozbudowa i przebudowa lub remont infrastruktury podmiotów prowadzących działalność leczniczą łącznie z ośrodkami opieki długoterminowej. Czy państwo mają wyszczególnione kierunki, jeżeli chodzi o dofinansowywanie tego typu zmian strukturalnych? Czy to dotyczy tylko zakładów opiekuńczo-leczniczych, czy również podmiotów świadczących opiekę hospicyjną, rehabilitacyjną? I czy w ramach tego programu przewidziano ewentualnie dofinansowanie budowy, a nie tylko przebudowy czy rozbudowy? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo panu doktorowi. Czy ktoś jeszcze z państwa? Bardzo proszę, to jeszcze pan i potem już oddamy głos przedstawicielom rządu.

Członek Zarządu UTW przy Centrum Kształcenia Podyplomowego Zbigniew Juszkiewicz:

Zbigniew Juszkiewicz, jestem przedstawicielem UTW pani profesor Szwarc. Jest nas 900 osób. Mam pytanie do ministerstwa – dlaczego robimy dużo wyjazdów seniorów do sanatoriów? Jedna pani złamała nogę w Zakopanem, miała zakładane śruby i blachy. Gdy trzeba było zdjąć te śruby i blachy, to jej w Warszawie kazano jechać do Zakopanego, bo tam miała je zakładane. Nonsens. W radiowej „Trójce" mówiono w zeszłym miesiącu o kobiecie, która miała wyznaczoną datę na zdjęcie gipsu, kazali jej przyjść w maju siedemnastego roku. Moja kuzynka złamała rękę, miała naznaczony dzień na zdjęcie gipsu, zgłosiła się do szpitala, szpital też jej powiedział – Niech pani przyjdzie za miesiąc. Poszła prywatnie następnego dnia. To chyba coś tu nie gra.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo panu. Teraz poproszę przedstawicieli ministerstw o udzielenie odpowiedzi na pytania.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dariusz Poznański:

Bardzo dziękuję. Dariusz Poznański, Departament Zdrowia Publicznego. Gdybyśmy mieli podsumować tę dyskusję z punktu widzenia MZ, to problemy, jakie tutaj były poruszane, często mają charakter systemowy i dotyczą całej polityki zdrowotnej MZ – są to postulaty, że należy zwiększyć dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej. To nie jest tylko kwestia dostępności do tych świadczeń dla osób starszych. Chcemy ją generalnie zwiększać i, jak państwo wiedzą, są prowadzone prace, żeby w ogóle zwiększyć finansowanie ochrony zdrowia, to przyczyni się do ogólnej poprawy sytuacji w systemie ochrony zdrowia.

Pracujemy również nad ustawą o podstawowej opiece zdrowotnej, która akurat z punktu widzenia naszej dzisiejszej dyskusji myślę, że jest bardzo istotna. Szczegółowe pytania, co będzie możliwe do sfinansowania w ramach powierzonego budżetu – są trochę przedwczesne. Proponuję ewentualnie dodanie takiego punktu czy dyskusji na jednym z dalszych posiedzeń, gdyż obecnie projekt tej ustawy jest konsultowany w MZ i poszczególne departamenty jeszcze zgłaszają różne postulaty, wątpliwości, pytania i tak naprawdę do momentu zakończenia konsultacji wewnętrznych i przyjęcia projektu przez kierownictwo MZ, myślę, że poruszanie się w hipotetycznych sferach być może jest przedwczesne. Jeśli więc państwo pozwolą, to tutaj nie zajęlibyśmy jednoznacznego stanowiska.

Jeśli chodzi o UTW, to bardzo dziękujemy za tę deklarację i chęć, wyrażonej przez państwa współpracy w obszarze edukacji zdrowotnej, profilaktyki. Z naszego punktu widzenia państwo są dla nas absolutnie takim naturalnym partnerem i będziemy poszukiwali form współpracy. Za chwilę będę jeszcze mówił o Narodowym Programie Zdrowia. Może nie zdradzę wielkiej tajemnicy, ale jeden z realizatorów właśnie programu edukacyjnego będzie poszukiwał form współpracy z wybranymi UTW. I to jest dla nas początek. Jeśli patrzymy na zdrowie publiczne, promocję zdrowia, zapobieganie chorobom, to nie możemy realizować tego wyłącznie przy pomocy podmiotów leczniczych, musimy wychodzić znacznie szerzej i korzystać z różnych form społeczeństwa obywatelskiego, wszystkich możliwości, które są dostępne, rozbudowywać również współpracę międzyresortową. I tutaj mogę tylko podpisać się pod tym, co mówił pan minister i pan dyrektor z MRPiPS, że angażujemy się w dalszą pracę, a pogłębianie polityki senioralnej rozumiemy jako taki bardzo ponadresortowy i wielosektorowy dokument.

Kwestia DDOM i programu PL07 to są programy, które jeszcze trwają. Jeśli chodzi o DDOM, to tak naprawdę to wszystko rusza. Zakończył się etap finalizacji wszystkich umów, podpisano ich 53. Te projekty nie są identyczne, wydaje mi się, że większość będzie realizowana w ciągu 24 miesięcy. Komisja Europejska dając MZ pieniądze na poszczególne projekty, oczekuje, że one będą miały później kontynuację systemową, że zostanie zachowana trwałość tych projektów. Przyjmuje się, że po zakończeniu, czy w końcówce ich realizacji marszałkowie w ramach regionalnych programów operacyjnych również będą ogłaszali konkursy na upowszechnienie DDOM. W przypadku pozytywnej weryfikacji pierwszych projektów i tych realizowanych z pieniędzy RPO, jeżeli okażą się one skuteczne, jeśli ta opieka nie do końca stacjonarna, troszeczkę hybrydowa, będzie ekonomicznie opłacalna i będzie odpowiadać potrzebom pacjenta, to idea jest taka, żeby wbudować to w system świadczeń gwarantowanych. Na końcu drogi to oczywiście będzie wymagało monitorowania ewaluacji tych projektów.

Kwestia deinstytucjonalizacji opieki, czyli koncentrowania się na opiece domowej, przy wykorzystaniu też narzędzi telemedycyny. Widzimy, że to się rozwija na całym świecie i my też chcemy, żeby to było jak najbardziej powszechne, dostępne dla pacjentów. Na początku prawdopodobnie to będą projekty finansowane ze środków europejskich jako pilotaże, no i też będziemy oceniać ich efektywność kosztową.

Było pytanie, czy można dofinansować budowę podmiotów leczniczych z projektu PL07. To akurat prowadzi inny departament, ale na 99% powiedziałbym, że to mogą być tylko remonty, a tworzenia nowych podmiotów, wydaje mi się, raczej nie będzie.

Były tu też poruszane pojedyncze incydenty, czy sytuacje, jak ten wyjazd do sanatorium w Zakopanem. To trudno komentować, to są jakieś jednostkowe zdarzenia i trzeba by w to wejść troszeczkę głębiej, żeby ocenić, o co idzie.

Jeśli chodzi o ostatni temat, o którym wspominał pan minister, czyli Narodowy Program Zdrowia, to w swoim wystąpieniu pan minister mniej więcej zasygnalizował, jakie tam są obszary. To są cztery kategorie interwencji, które już rozpoczynamy i będziemy intensyfikowali w 2017 r. oraz w każdym kolejnym roku realizacji. To są działania na rzecz dostosowywania przestrzeni publicznej, infrastruktury opieki zdrowotnej dla osób starszych we współpracy z innymi resortami, przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu, promocja zachowań prozdrowotnych, ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu u osób starszych.

Druga rzecz to dostosowywanie systemu opieki zdrowotnej, tego całego systemu świadczeń gwarantowanych. W planach jest nowe podejście do kształtowania koszyków świadczeń gwarantowanych, które określą, co pacjentom należy się w ramach darmowych porad finansowanych przez NFZ. Tutaj też prace trwają. Być może koleżanka z departamentu polityki lekowej będzie chciała trochę więcej na ten temat powiedzieć. Prace są bardzo szerokie, bo tych koszyków jest 13, one mają bardzo różną strukturę wewnętrzną i chodzi o ujednolicenie. To jest praca, myślę, na wiele lat, cały czas te koszyki będą doskonalone, dostosowywane.

Kolejne zadania to działania edukacyjne, kierowane zarówno do pracowników ochrony zdrowia, jak i pracodawców, osób zajmujących się kwestiami zdrowotnymi u pracodawców. Jeśli chodzi o szkolenia w zakresie zdrowia osób starszych albo stricte wiedzy geriatrycznej, czy o kadrę medyczną, to tutaj mieliśmy pewien problem. Szukaliśmy takiej grupy zawodowej, która już nie jest objęta szkoleniami, np. ze środków europejskich, jeśli chodzi o Narodowy Program Zdrowia, i przyznam się, był kłopot, bo ta oferta szkoleniowa jest bardzo szeroka i w pewnym momencie musi pojawić się problem, że zgłaszalność będzie niska, bo większość osób będzie już przeszkolona, aczkolwiek cały czas istnieją potrzeby udoskonalania kompetencji.

No i bardzo istotne dla nas – z punktu widzenia departamentu zdrowia publicznego i planowania działań w obszarze ochrony i promocji zdrowia osób starszych – są badania naukowe. Chcemy, żeby wszystkie nasze działania były *evidence based,* oparte na faktach, na aktualnej ocenie sytuacji epidemiologicznej, rozpowszechnienia chorób, uwarunkowania tych chorób. Ogłosiliśmy konkurs na bardzo duży projekt badawczy – kontynuację badania PolSenior, trwają dyskusje z podmiotem, który złożył ofertę. Mam nadzieję, że sfinalizuje się to umową i rozpoczęciem tego programu. Pierwsze konkursy w ramach Narodowego Programu Zdrowia w tym celu już zostały uruchomione i są finalizowane. Narodowy Program Zdrowia to oczywiście nie tylko konkursy, ale także cała masa działań dostosowujących system opieki zdrowotnej, polegających na współpracy międzyresortowej, współpracy z NFZ i wszystkimi innymi uczestnikami tego systemu. Z mojego punktu widzenia to chyba tyle. Ewentualnie dopowie jeszcze parę zdań departament polityki zdrowotnej.

Starszy specjalista w Departamencie Polityki Lekowej i Farmacji MZ Dominika Sobieniecka:

Dominika Sobieniecka, Departament Polityki Lekowej i Farmacji MZ. W swojej wypowiedzi chciałabym się odnieść do Narodowego Planu Chorób Rzadkich. Akurat dzisiaj skończyliśmy prace nad tym planem, w przyszłym tygodniu będzie on przedstawiony ministrowi na posiedzeniu kierownictwa MZ, wtedy minister zdrowia podejmie decyzję, czy jeszcze zgłasza jakieś uwagi do narodowego planu, czy akceptuje go i podpisze.

Odnosząc się do kwestii leku na idiopatyczne włóknienie płuc, tak jak pan zaznaczył, faktycznie jeden lek jest oceniany, drugi, niestety otrzymał negatywną ocenę, tak, że ten pierwszy, myślę, zostanie włączony w prace i będzie refundowany w ramach Narodowego Planu Chorób Rzadkich.

Prezes Towarzystwa Wspierania Chorych na Idiopatyczne Włóknienie Płuc Lech Karpowicz:

Jeden?

Starszy specjalista w Departamencie Polityki Lekowej i Farmacji MZ Dominika Sobieniecka:

Tak, ten, co do którego zapadła pozytywna decyzja, ten negatywnie zaopiniowany będzie chyba odrzucony, ale tu nie mogę jednoznacznie powiedzieć, bo do końca nie znam sprawy.

Choroba Alzheimera i choroby otępienne. W naszym departamencie trwają prace, mające na celu wyodrębnienie spośród już istniejących świadczeń poradni leczenia chorób otępienia. Współpracujemy z panią profesor Ryglewicz, pracujemy nad określeniem warunków dla tych świadczeń, żeby pacjent nie musiał udawać się do szpitala celem zdiagnozowania, potwierdzenia, ewentualnie wykluczenia choroby Alzheimera, żeby mogło się to odbyć w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Czym jeszcze możemy się pochwalić? W konsultacjach publicznych jest projekt trzech rozporządzeń koszykowych zawierających kompleksową opiekę w przypadku ostrych zespołów wieńcowych. Pracujemy również nad wprowadzeniem kompleksowej opieki dla pacjentów poddawanych endoprotezoplastyce stawu biodrowego. Prace są już mocno zaawansowane, myślę, że w przyszłym tygodniu przedstawimy panu ministrowi projekt rozporządzeń i następnie będzie skierowany do konsultacji publicznych.

Jeżeli jeszcze mogłabym się odnieść do koszyka świadczeń gwarantowanych, tak jak pan dyrektor powiedział, będzie przepatrzony cały koszyk świadczeń gwarantowanych, będziemy się starali je wystandaryzować. Do tego taryfikacja świadczeń, tak jak pan dyrektor powiedział, która potrwa na pewno 5-6 lat z uwagi na kilka tysięcy świadczeń we wszystkich koszykach. Ale pracujemy nad tym.

I jeżeli mogę powiedzieć o opiece długoterminowej – wydana jest taryfa prawie dla wszystkich świadczeń z zakresu opieki długoterminowej poza świadczeniami w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Niemniej dziś również poszło zlecenie do prezesa agencji oceny celem wydania taryfy także dla tego świadczenia. Z mojej strony chciałabym bardzo serdecznie podziękować.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Pan dyrektor?

Dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej MRPiPS Stefan Kołucki:

Ja tylko jeszcze chciałbym dodać w kontekście roli organizacji społecznych, takich jak m. in. UTW, że realizacja polityki senioralnej jest bardzo istotna, te tematy, które dzisiaj poruszaliśmy, są dostrzegane i zostały podkreślone w regulaminie konkursu ASOS na 2017 r., który już jest opublikowany. Odnośnie do zdrowego, aktywnego starzenia się czy promocji zdrowego trybu życia w priorytecie I – edukacja osób starszych, zostały wprowadzone dodatkowe punkty premiujące projekty edukacji z zakresu zdrowego stylu życia, zdrowego starzenia się, dlatego że jak wiemy, aktywność ma bardzo duży wpływ na zdrowie, a w priorytecie IV – usługi społeczne zostały wprowadzone dodatkowe punkty premiujące projekty dotyczące osób z chorobami otępiennymi. W związku z tym, te aspekty zostały także podkreślone w programie ASOS. W przyszłym tygodniu, mam nadzieję, zostanie ogłoszony nabór na kolejny rok. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze jakieś pytania? Bardzo proszę.

Krajowy Konsultant w Dziedzinie Geriatrii Tomasz Kostka:

Tomasz Kostka, krajowy konsultant w dziedzinie geriatrii. Proszę państwa, dziękuję bardzo za wszystkie merytoryczne uwagi. Pozwolą państwo, że kilka zdań powiem w imieniu tych, którzy tu nie mogą przyjść i upomnieć się o swoje prawa, bo są zbyt chorzy i słabi, żeby tu się dzisiaj znaleźć. NFZ wydatkuje na geriatrię jeden promil, czyli jedną tysięczną swojego użytku. W mapach zdrowotnych, które w tej chwili są rozpatrywane, w ustawie o szpitalach nie ma właściwie słowa o geriatrii. To jest ogromne zagrożenie dla tych wszystkich pacjentów, ponieważ we wszystkich krajach Europy Zachodniej,

w Stanach Zjednoczonych geriatria jest rozwinięta w zupełnie innym stopniu niż w Polsce. Geriatrów jest kilkanaście razy więcej w przeliczeniu na liczbę ludności, bo tylko geriatra jest w stanie pomóc pacjentowi z wielochorobowością, z zespołem słabości, tzw. *frailty syndrome sarcopenium*.

My to doskonale widzimy, jestem szefem Kliniki Geriatrii w Łodzi; wśród pacjentów, którzy przychodzą do poradni, co druga osoba starsza nie ma nikogo do pomocy. Ci pacjenci są w stanie dojść do jednej poradni, ale oni nie są w stanie dojść do ortopedy, gastrologa, ginekologa, psychiatry. Jeżeli nie będzie tej poradni z możliwością konsultacji w tym jednym miejscu, nie będziemy w stanie tym ludziom pomóc.

Widzimy ogromne zagrożenie dla istnienia oddziałów geriatrycznych i jedynego szpitala geriatrycznego w Katowicach, jeżeli to ustawodawstwo, które w tej chwili jest procedowane, rzeczywiście stanie się faktem. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pani doktor, bardzo proszę.

Dyrektor medyczny Domu Pomocy Geriatrycznej Anna Jakrzewska-Sabińska:

Anna Jakrzewska-Sabińska, prowadzę multidyscyplinarną poradnię geriatryczną w Poznaniu, poradnię Dzienny Dom Opieki Medycznej, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów z chorobami neurodegeneracyjnymi, mam również opiekę domową pacjentów. Wydaje mi się, że pomysł DDOM jest bardzo dobry, pod jednym warunkiem – że będzie tak, jak u nas, a mamy wielodyscyplinarną placówkę, pacjent przyjeżdża do nas i na miejscu wszystko jest wykonywane, naturalnie pod opieką geriatry, który cały czas musi być przy tym. Opieka bez lekarza w DDOM nie może się odbywać. Chciałam to rekomendować, bo rzeczywiście mamy niezłe wyniki. W tej chwili nie jestem w stanie ich pokazać, na razie przygotowałam jeden materiał, pokazywałam go w Kopenhadze, gdzie z dosyć dużym zainteresowaniem został przyjęty.

Proszę państwa, ale co jest najważniejsze, co mnie najbardziej uderza, jeśli chodzi o geriatrię i w ogóle o służbę zdrowia? Zajmuję się bardzo długo opieką nad starymi ludźmi, bo poradnię geriatryczną i hospicjum geriatryczne stworzyłam w 1989 r., czyli już ponad 18 lat. Mnie uderza jedna rzecz, że my ciągle pracujemy tak bez planu. A czy można w ogóle dobrze prowadzić opiekę geriatryczną, jeżeli nie mamy zdefiniowanych danych: ilu jest pacjentów, jakich pacjentów, bierzemy pod uwagę nie tylko wiek, ale również, czy to jest sprawny pacjent, czy niesprawny, czy częściowo niesprawny, bo do każdego należy podchodzić indywidualnie. Powinniśmy wiedzieć, ilu jest pacjentów w poszczególnych województwach, jakie mamy pieniądze, powinniśmy usiąść z geriatrami, wspólnie zastanowić się, co można zrobić dzisiaj, co jutro, co w późniejszym okresie. Jeżeli takiej mapy drogowej nie zrobimy, to będziemy ciągle pracowali nie tak jak trzeba.

Druga sprawa. Bardzo ważne – pan się chyba ze mną zgodzi – są standardy. Musi być dobry standard nawet opieki w dziennym domu opieki, w domowej opiece geriatrycznej. Ja to nazywam domowym szpitalem, to jest bardzo ważna sprawa, mamy dobre wyniki. Myślę, że na początku przyszłego roku będę mogła już pokazać pracę na ten temat. Ale warunek niezbędny: muszą być specjaliści i muszą być dobrze opłaceni. To nie może być tak, że będą dostawać bardzo małe pieniądze, to jest bez sensu. Poza tym nie może być wszystko tak literalnie robione. Jeśli w mojej przychodni lekarz jest przez cały dzień, to dlaczego nie miałby się zajmować również tymi pacjentami, którzy byli u mnie w ramach DDOM? Po prostu nie ma tej elastyczności, jak już coś powiemy, to tak musi być, wszystko według sztancy.

Kolejna sprawa – nie ma dobrej współpracy. Proszę państwa, wiem, co mówię, bo od dwóch lat jeżdżę do Komisji, brałam również udział w Komisji Polityki Senioralnej w MPiPS. Proszę państwa, nie ma współpracy między MZ i Ministerstwem Rozwoju, a oni powinni z nami współpracować, pewne rzeczy dogadywać, wspólnie robić.

Chciałabym jeszcze zwrócić uwagę, ale to już fachowcom, że zaczyna się w Polsce radosna twórczość. Że już powstają różne takie organizacje, bardzo szybko powstają i próbują prowadzić jakieś domy opieki, a są nieprzygotowani do tej pracy. Proszę państwa, kontrola i patrzenie ludziom na rękę, co robią, to jest bardzo ważne.

Powinniśmy współpracować nie tylko z ministerstwem, ale i ministerstwo z samorządami, z organizacjami pozarządowymi (ja reprezentuję taką organizację), jak również z seniorami. Bo chciałam państwu powiedzieć, że seniorów to tak za bardzo się nie pyta, czego oni chcą. Seniorom się pewne rzeczy narzuca.

A poza tym jest jedna rzecz, która mnie uderza. Bardzo dużo programów dla starych ludzi nie jest dobrze przygotowanych, bo przygotowują je ludzie młodzi, którzy nie mają pojęcia, czego potrzebuje stary człowiek. Ktoś, kto nie był stary, nie zrozumie starego człowieka. To są naprawdę bardzo ważne sprawy. I tym powinniśmy się zacząć zajmować.

Jeżeli ma być dobra geriatria… Bo my mamy teorię świetną, jesteśmy pierwsi w Europie. Ciągle mówimy, co mamy robić, ale nikt nie mówi, jak to robić, za jakie pieniądze. A poza tym, czy my nie umiemy liczyć, myśleć ekonomicznie? DDOM jest dużo tańszy niż pobyt w szpitalu. Proszę sobie wyobrazić, ile by było pieniędzy, ile można by zaoszczędzić, ile zrobić. Jestem poznanianką, nigdy nie byłam dobra z matematyki, ale liczyć to umiem na tyle, że tu można by odjąć, tam dodać, zmienić, to wszystko jest do zrobienia. Ale jeden warunek – musimy usiąść i rozsądnie o tym porozmawiać. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję, pani doktor. Uważam, że młodzi ludzie są nam bardzo potrzebni, bo młodzi ludzie biegną szybciej, ale starzy znają drogę. Powinniśmy właśnie współpracować.

Nie wiem, czy pan dyrektor chce się jeszcze odnieść do pytań, wypowiedzi?

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dariusz Poznański:

Może dwie sprawy. Jeśli chodzi o to liczenie, ile mamy pieniędzy i na co je przeznaczamy, to faktycznie zidentyfikowaliśmy taki brak wiedzy i w Narodowym Programie Zdrowia jest takie zadanie, przewidziane do realizacji w 2017 r. przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, w którym zostanie wykonana analiza adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych osób starszych. Taka analiza będzie więc przeprowadzona.

Jeśli chodzi o DDOM, to pamiętamy etap tworzenia. Wymóg, że geriatra musi być przywiązany do dziennego domu, to się nie bierze z tego, że my chcemy go tam uwięzić, tylko trzeba pamiętać, że to jest projekt unijny i jako projekt finansowany ze środków europejskich, musi być wyraźnie oddzielony od otoczenia. Jeżeli to kiedyś byłoby świadczeniem gwarantowanym, np. finansowane z koszyka, to, podejrzewam, byłaby znacznie większa elastyczność. Ale póki tak nie jest, nie może dochodzić do takich sytuacji, że część personelu jest finansowana jednocześnie przez NFZ i ze środków projektu. Z tego tytułu musieliśmy zachować dużą ostrożność.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Jeszcze? Ale tak szybko, bo już nam się kończy czas.

Adiunkt w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym Dominik Olejniczak:

Dzień dobry, Dominik Olejniczak, jestem adiunktem w Zakładzie Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i chciałbym rzucić takie światełko jednak pozytywne. Na kierunku zdrowie publiczne i na kierunku pielęgniarstwo, ratownictwo medyczne, nawet na technikach dentystycznych zajmujemy się gerontologią w ramach bloku promocji zdrowia. Każdy kierunek na studiach I i II stopnia – tu mówię przede wszystkim o zdrowiu publicznym – ma w programowej podstawie kształcenia promocję zdrowia. Tych godzin jest dużo w ciągu semestru, na studiach I stopnia o kierunku zdrowie publiczne jest to drugi rok, na studiach magisterskich uzupełniających jest to pierwszy rok. W związku z tym my naprawdę staramy się przygotowywać młodych ludzi do tego – w ramach tej promocji zdrowia jest również gerontologia – żeby przynajmniej posiedli pewne podstawy dotyczące projektowania polityki senioralnej, tudzież oddziaływania na uwarunkowania zdrowia, co jest istotą promocji zdrowia w ogóle, taką podręcznikową troszeczkę. Właśnie w związku z osobami starszymi naprawdę bardzo się staramy jako nauczyciele akademiccy. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Proszę, jedno pytanie.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Chciałbym podziękować za głos pana krajowego konsultanta ds. geriatrii, który zwrócił uwagę na kwestię szpitala geriatrycznego w Katowicach im. Jana Pawła II. Rzeczywiście jest tak, że według tych informacji, które do nas docierają, ze względu na nową siatkę szpitali jest zagrożone istnienie szpitali jednoprofilowych, wysoko specjalistycznych, a do takich należy jedyny w Polsce szpital geriatryczny w Katowicach. W porozumieniu z panią przewodniczącą chcielibyśmy uzyskać na piśmie informację od MZ na kolejne posiedzenie Komisji, czy takie zagrożenie dla szpitala geriatrycznego w związku z tymi rozwiązaniami, które państwo proponują, istnieje i czy te głosy wydają się zasadne? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Jedno zdanie. Bardzo proszę.

Poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS) – spoza składu Komisji:

Szanowni państwo, panie pośle, bardzo proszę, żeby tutaj nie przedstawiać fałszywej i kłamliwej informacji. Tworzona sieć szpitali dotyczy tylko szpitali ostrych. Jestem członkiem Komisji Zdrowia i doskonale znam kwestie związane z projektowaniem tej ustawy. Projektowana sieć dotyczy szpitali ostrych, a szpitale geriatryczne, reumatologiczne czy rehabilitacyjne będą funkcjonowały prawdopodobnie w dotychczasowej formule i na pewno fakt, że nie znajdują się w sieci, w żadnym stopniu nie zagraża ich istnieniu. Bardzo proszę, żeby nie przekazywać takich kłamliwych informacji.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękujemy bardzo pani poseł.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Niemniej, pani przewodnicząca, prosimy o odpowiedź na piśmie, tak żeby to wyjaśnienie było udzielone nie przez panią poseł z Komisji Zdrowia, ale przez Ministra Zdrowia, który jest odpowiedzialny za politykę zdrowotną w kraju.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo przedstawicielom rządu za wyczerpujące informacje i odpowiedzi. Dziękuje również wszystkim naszym gościom za czynny udział w posiedzeniu Komisji. Stwierdzam, że Komisja przyjęła informację do wiadomości. Zamykam dyskusję. Zamykam posiedzenie Komisji. Dziękuję ślicznie państwu.